

ACLARACIONES PREVIAS - TOPES:

- Perfus: Uno (1) cada tres (3) días.
- Llave de tres vías: Una (1) cada tres (3) días.
- Prolongados : Uno (1) cada tres (3) días.
- Abocat: Uno (1) cada tres (3) días.
- Jeringas con agujas: Dos (2) unidades por día.
- Guantes: Un (1) par por turno.
- Cánula N202 o máscara de nebulizar: Una (1) por internación.
- Suero fisiológico 500 ml./0,9%: Máx. Cuatro (4) por día.
- Solución fisiológica 100 ml./para ATB: según posología.
- Bolsa de orina: Una (1) cada diez (10) días..

Datos del/de la paciente

Apellido y nombre: DNI:

PESCRIPCIÓN

Fecha de prescripción:/...../..... Diagnóstico:

Lugar de internación: (domicilio)

Periodo: Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

MEDICACIÓN

| Monodroga | Posología o dosis | Vía de Adm. | | | ATB - Fecha del tratamiento | | Cantidad solicitada | Cantidad autorizada |
|-----------|-------------------|-------------|----|----|-----------------------------|-----|---------------------|---------------------|
| | | VO | VE | SC | Inicio | Fin | | |
| Rp1 | | | | | | | | |
| Rp2 | | | | | | | | |
| Rp3 | | | | | | | | |
| Rp4 | | | | | | | | |
| Rp5 | | | | | | | | |
| Rp6 | | | | | | | | |
| Rp7 | | | | | | | | |
| Rp8 | | | | | | | | |

MATERIAL DESCARTABLE

| Descripción | Cantidad solicitada | Cantidad autorizada |
|-------------|---------------------|---------------------|
| Rp1 | | |
| Rp2 | | |
| Rp3 | | |
| Rp4 | | |
| Rp5 | | |
| Rp6 | | |
| Rp7 | | |
| Rp8 | | |

SOLUCIONES PARENTALES

| Descripción | Cantidad solicitada | Cantidad autorizada |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| Rp1 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp2 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp3 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp4 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp5 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp6 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp7 <i>(dosis diaria)</i> | | |
| Rp8 <i>(dosis diaria)</i> | | |

Observaciones:

.....

.....

.....

Médico/a tratante

Certifico que la medicación prescrita corresponde al/a la paciente.

San Juan, de de 20.....

.....
firma y sello del/de la Médico/a

AUDITORÍA MÉDICA

Certifico autorización.

San Juan, de de 20.....

.....
firma y sello de Auditoría Médica

Conformidad de la entrega

Recibe: Afiliado/a 3er Interviniente

San Juan, de de 20.....

.....
firma, aclaración y DNI